　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　発　　　号

令和　　年　　月　　日

　上北教育事務所長　殿

　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　立　　　学校

　　　　　 　　　　 　　　　　校長

（ 公 印 省 略 ）

特別支援教育巡回相談員の派遣要請書

　このことについて、下記のとおり要請します。

記

１　相談者及び日程について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 相談者の職・氏名 | | 所属学年・学級（障がい種） | | 特別支援の経験年数 |
|  | |  | | 年 |
| 学校電話番号（連絡先） | |  | | |
| 派遣を希望する日時 | 第１回 | 第１希望 | 月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 | |
| 第２希望 | 月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 | |
| 第２回 | 第１希望 | 月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 | |
| 第２希望 | 月　　日（　　）　　時　　分～　　時　　分 | |

２　内容について（該当する項目に○を記入）

|  |
| --- |
| （ ）学級担任への助言・援助  （ ）校内支援体制に関する助言・援助  （ ）校内研修、ケース会議等への情報提供  （ ）その他［　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　］ |

３　相談の対象となる児童生徒の概要について

|  |
| --- |
| 学級種別（該当する項目に○を記入） |
| （ ）通常　　　　　　　　（ ）知的障害　　　　（ ）自閉・情緒障害  （ ）肢体不自由　　　　　（ ）弱視　　　　　　（ ）難聴  （ ）病弱・身体虚弱　　　（ ）通級指導　　　　（ ）その他［　　　　　　　　］ |
| 学年及び学級在籍数（複数在籍の場合は、分かるように記入） |
| 学年　　名 |

※児童生徒の状況や詳しい相談内容は、様式第１－２号「特別支援教育巡回相談フェイスシート」に記入し、併せて提出すること。